

**Univerzita Karlova v Praze
1.lékařská fakulta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2008

Michaela Koubová

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Kombinované bakalářské studium
obor ošetrovatelství**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
**Ošetrovatelská kazuistika pacientky s oboustrannou plicní
embolií**

**Nursing care by the patient with bilatery pulmonary
emboly**

2007/ 2008

Michaela Koubová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

19.3. 2008

.....

Obsah:

Úvod.....	1
Klinická část.....	2
Charakteristika onemocnění.....	2
1.1. Etiologie.....	3
1.2. Stadia a projevy plicní embolie.....	3
1.3. Klinický obraz.....	3
1.4. Laboratorní metody.....	4
1.5. Diferenciální diagnostika.....	5
1.6. Prognóza.....	6
1.7. Terapie plicní embolie.....	7
2. Základní údaje o nemocném.....	8
3. Lékařské anamnézy a diagnózy.....	9
4. Diagnosticko- terapeutická péče.....	10
4.1. Přehled hodnot sledovaných vitálních funkcí.....	10
4.2. Laboratorní vyšetření.....	12
4.3. Zobrazovací metody.....	14
5. Přehled terapie.....	15
5.1. Dietoterapie a rehabilitace.....	17
6. Stručný průběh hospitalizace.....	18
3. Ošetrovatelská část.....	19
3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného zdravotního stavu.....	19
3.2. Biologické potřeby.....	19
3.3. Psychosociální potřeby.....	21
2. Ošetrovatelské diagnózy.....	22
2.1. Plán ,realizace, hodnocení.....	23
Edukace.....	35
Závěr a prognóza.....	36
Literatura.....	37

Úvod :

Toto téma jsem si vybrala z důvodu jeho závažnosti, výskyt je určitě mnohem vyšší než je udáván statistikami, většina jich je nediagnostikovaných, což jistě částečně souvisí s péčí o naše zdraví, životním stylem a pro mnohé z nás nejen neznámého ale často velmi podceňovaného onemocnění, které stoupá s věkem, ale nezdá se být rozdíl mezi muži a ženami. A teprve až po prožití takto závažného onemocnění si uvědomíme jak cenné je naše zdraví a jsme ochotni redukovat některé z našich neřestí.

2. KLINICKÁ ČÁST

1. Charakteristika onemocnění

Plicní embolie je způsobena obstrukcí plicních tepen a kapilár krevní sraženinou (embolem), tukovou tkání, vzduchem či cizím tělesem (např. odlomeným katétrem) s následným výrazným zvýšením tlaku v plicnici (prekapilární plicní hypertenze).

1.1. Etiologie

Zdrojem plicní embolie je zhruba v 85% trombóza hlubokých žil dolních končetin, dále pánevních žil, dolní duté žíly nebo pravého srdce. Z klinického sledování vyplývá, že většina rizikových faktorů se týká zpomalení toku krve a změn hemostázy.

Klinické rizikové faktory:

- velké chirurgické výkony, zejména ortopedické operace (náhrada kyčelního kloubu) , břišní a pánevní operace z důvodu aktivace prokoagulačních faktorů, poškození endotelu, snížená fibrinolýza
- zlomeniny dolních končetin a pánve- imobilizace, stáza krve
- žilní trombóza nebo plicní embolie v anamnéze- porucha koagulace
- srdeční selhání- stáza, snížená fibrinolýza
- cévní mozkové příhody- imobilizace
- obezita
- těhotenství- komprese žil, zvýšení estrogenové aktivity. Riziko se také zvyšuje s věkem nad 35let, porod zectil caesarea, tělesná hmotnost vyšší než 80kg
- primární varixy
- léky: diuretika, kortikosteroidy, perorální antikoncepce (zejména u žen s poklesem antitrombinu)
- deficit antitrombinu III
- věk- riziko stoupá s věkem, ale není jasné, co nejvíce to způsobuje. S největší pravděpodobností jde o kombinaci snížení mobility, zvýšení morbidity, pokles svalového napětí a změny cévní stěny.

- imobilizace- znehybnění na lůžku je známou příčinou žilní trombózy, zejména po úrazech, při nedostatku místa a pohybu pro dolní končetiny při cestě dopravním prostředkem. Při těchto situacích je porušena funkce svalstva dolních končetin jako pumpy pro žilní průtok. Prevence zahrnuje dostatek tekutin, přiměřený pohyb dolních končetin během cestování a používání elastických punčoch

1.2. Stadia a projevy plicní embolie

- ❖ Stadium I - bez hemodynamických změn, popřípadě tachykardie s uzávěrem periferní větve plicnice
- ❖ Stadium II - lehčí hemodynamické změny- hypoxémie, hypokapnie, změny na EKG
- ❖ Stadium III – výrazné hemodynamické změny s poklesem systémového tlaku
- ❖ Stadium IV – kardiogenní šok, případně zástava oběhu s uzávěrem kmenu plicnice či více lobárních větví

1.3. Klinický obraz

- Nejčastějším anamnestickým příznakem je náhle vzniklá nebo zhoršená klidová dušnost (vyskytuje se u 90-95% pacientů). Zhruba 30% plicních embolií proběhne asymptomaticky
- Méně časté jsou bolesti na hrudi a hemoptýza
- Tachypnoe, tachykardie, které jsou nejčastějším klinickým příznakem
- Synkopa
- Hypotenze

1.4. Laboratorní metody v diagnostice plicní embolie

EKG

- změny nacházíme v malém procentu
- negativní vlny T ve svodech V1- V4 nebo blok Tawarova raménka
- deprese úseku ST
- poruchy rytmu (sinusová tachykardie, fibrilace síní, extrasystoly, AV blokády)

RTG snímek plic a srdce

RTG snímek hrudníku má důležitou úlohu při vyloučení jiné možné patologie.

- ve více než 50% fyziologický nález
- typické „ trojúhelníkové „ zastření části plicního parenchymu
- pleurální tekutina
- elevace bránice

Laboratorní nálezy

- snížená saturace hemoglobinu kyslíkem
- snížení PaO₂ i PCO₂ (hypokapnie při hyperventilaci) až respirační alkalóza
- pozitivní D-Dimery jsou konečným výsledkem působení plazminu na fibrin. Pozitivita však provází i záněty, nekrózy, nádorová onemocnění, infekce a podobně. Proto stanovení hladiny D-dimerů má tedy hlavně význam u ambulantních nemocných.
- srdeční troponiny představují nejvíce senzitivní a specifické biomarkery poškození myokardiálních buněk a jsou pozitivní i při mikroskopické nekróze myokardu. Klinické doklady svědčí o tom, že při masivní plicní embolii vzniká často ischemie myokardu a někdy i infarkt pravé komory vyvolaný náhlým zvýšením tlaku v plicnici
- zvýšené hodnoty natriuretického peptidu (BNP) provází dysfunkci pravé komory u nemocných s plicní embolií.

Echokardiografie

Plicní embolie je závažné a často smrtelné onemocnění. Jeho správné rozpoznání může být obtížné, protože neexistuje jednoduchá a relativně spolehlivá diagnostická metoda, jakou je

například EKG. Na druhou stranu však rychlé a přesné stanovení diagnózy s okamžitým zahájením potřebné terapie může zásadním způsobem změnit osud nemocného.

Echokardiografie neumožní přímý průkaz plicní embolie zobrazením embolu v plicním řečišti, ale způsobí:

- plicní hypertenzi
- dilataci plicnice
- dilataci a tím zatížení pravé komory, které může vést až k jejímu selhání

Plicní angiografie

Má jako metoda nezastupitelné místo s nejvyšší přesností v diagnostice centrální i periferní plicní embolie, i přestože se jedná o relativně náročné invazivní vyšetření.

1.5. Diferenciální diagnostika

Náhlý vznik dušnosti může provázet jednak plicní nebo srdeční onemocnění, proto se nejčastěji zaměřuje s:

- akutním infarktem myokardu (EKG, enzymy) nejčastěji u nemocných s ischemickou chorobou srdeční, kteří již infarkt myokardu prodělali
- akutní astma bronchiale (spastické fenomény)
- bronchopneumonii (RTG, poslech)
- srdečním selháním

1.6. Prognóza

Plicní embolie má závažnou prognózu a je ovlivňována:

- rozsahem plicní cévní obstrukce
- předchozím stavem kardiopulmonálního systému
- věk nad 70let
- chronická obstrukční nemoc

➤ maligní onemocnění

Prognóza nepoznané, a tudíž neléčené plicní embolie je podstatně horší a mortalita je 2-3x vyšší. K úplnému rozpuštění plicní embolie dochází asi u 2/3 nemocných, u jedné třetiny jen k částečnému rozrušení tromboembolie.

Dlouhodobá prognóza je určována eventuální přítomností jiného závažného onemocnění. V jeho nepřítomnosti se nedoporučuje tělesná práce u opakované plicní embolie, při těžší formě je vhodná trvalá invalidita. Pacienti jsou odkázáni na trvalou farmakologickou terapii antikoagulačními přípravky, což obnáší pravidelné kontroly hemokoagulačních parametrů.

1.7. Terapie plicní embolie

Plicní embolii léčíme zásadně na koronární jednotce nebo jednotkách intenzivní péče interního oddělení.

U nemocných s normálními hodnotami krevního tlaku a nízkým minutovým srdečním výdejem podáváme Dobutamin, Dopamin (zvyšují minutový srdeční výdej, aniž ovlivňují tepovou frekvenci, tlak v plicnici),

U nemocných s hypotenzí podáváme noradrenalin.

Vhodná je současná inhalace kyslíku, což zlepšuje oxygenaci periferních tkání u hypoxemických pacientů.

Plicní embolie, která není provázená známkami akutního cor pulmonale nebo kardiogeního šoku je indikována léčba Heparinem.

U masivní embolie s šokovým stavem, nebo u embolie nereagující na léčbu Heparinem či recidivující a narůstající embolie je indikována trombolytická léčba Streprokynázou. Dvouhodinová infuze vede k rychlejšímu hemodynamickému zlepšení než podávání 12-24hodin. Z důvodu možného výskytu alergické reakce podáváme před aplikací Hydrokortizon (antihystaminikum)

Dalším možným řešením masivní plicní embolie u které selhává antikoagulační léčba se zvažuje chirurgická embolektomie, která okamžitě odstraňuje embolické hmoty a uvolňuje tak tepenné řečiště.

2. Základní údaje o nemocném

Pacientka S.P. byla přijata na anesteziologicko resuscitační oddělení s diagnózou plicní embolie, kterou jsem ošetřovala od 2.9 – 6.9. 2007

Jméno a příjmení : S. P.

Věk : 65 let

Pojišťovna : všeobecná zdravotní pojišťovna (111)

Povolání : důchodce (před tím administrativní pracovnice)

Vzdělání : vyučená

Datum přijetí: 2. 9. 2007 na anesteziologicko resuscitační oddělení pro dušnost a hypotenzi

Hlavní důvod přijetí: podezření na plicní embolii

3. Lékařská anamnéza a diagnózy:

Pacientka přivezena na anesteziologicko resuscitační oddělení pro progredující dušnost a hypotenzi.

OA: stav po cholecystektomii před lety, obezita, před třemi lety zjištěna chronická obstrukční plicní nemoc

RA: otec + 78let- IM, matka + 68let – IM, má sestru, 2 děti

GA: Amenorhea, menopauza v 52 letech

AA: PNC (penicilin)

FA: Lokren 20mg 1-0-0, Enelbin 1-1-0, Amicloton ½ - 0-0, Atrovent spray po 6ti hodinách

NO: Pacientka se sama léčila 14dní pro kašel, pocity chřipkového onemocnění se ztíženým dýcháním. Večer náhle bolest na hrudi vystřelující do levého ramene, které se při nádechu zhoršovaly s postupným nárůstem dušnosti. V noci spala v horizontální poloze. Ráno pro zhoršení obtíží a kolaps volána záchranná služba.

Lékařské diagnózy:

- oboustranná plicní embolie
- arteriální hypertenze
- CHOPN
- obezita

Status praesens při přijetí:

Hlava: spojivky růžové, skléry bílé, zornice isokorické, jazyk vlhký, nepovleklý, plazí ve střední čáře, hrdlo klidné.

Krk: šíje volně pohyblivá, náplň krčních žil zvýšená, karotidy tepou symetricky

Hrudník: symetrický, axily volné, mammy bez rezistence. Nad plícemi poklep plný, jasný, dýchání sklípkovité, ojediněle pískoty vlevo. Srdce nezvětšeno, mírná tachykardie 99/ min, pravidelná.

Břicho: v úrovni hrudníku, dýchá v celém rozsahu, poklep dif. bubínkový, palpačně měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence. Játra pod oblouk, slezina nezvětšena.

Končetiny: bez patrného otoku a známek zánětu, bez varixů.

4. Diagnosticko- terapeutická péče

4.1. Přehled hodnot sledovaných vitálních funkcí

Datum								
2.9. 2007	8 ⁰⁰	10 ⁰⁰	12 ⁰⁰	13 ⁰⁰	14 ⁰⁰	15 ⁰⁰	17 ⁰⁰	18 ⁰⁰
Tlak krve (Torr)	100/60	95/50	90/40	100/60	110/50	120/60	110/60	110/60
Puls/ min	100	110	110	105	105	100	99	100
Saturace O₂	100%	97%	98%	97%	96%	97%	97%	98%
Tělesná teplota	35,5°C	35,6°C	35,8°C		36,6°C	36,4°C	36,6°C	36,5°C
CVP v cmH₂O	+10		+9	+10	+11	+10	+11	+9
Dech/ min	32	31	29	30	31	28	29	28

Datum								
3.9. 2007	7 ⁰⁰	8 ⁰⁰	9 ⁰⁰	11 ⁰⁰	13 ⁰⁰	15 ⁰⁰	17 ⁰⁰	18 ⁰⁰
Tlak krve (Torr)	110/60	110/50	120/65	110/50	120/70	120/60	120/70	120/60
Puls/ min	93	93	85	83	98	98	110	105
Saturace O₂	97%	97%	96%	96%	95%	97%	96%	97%
Tělesná teplota	37,2 °C	37,3°C	37,4°C	37,6°C	38,1°C	38°C	38°C	38,1°C
CVP v cmH₂O	+9	+8	+8	+9	+7	+8	+8	+9
Dech/ min	24	27	26	27	32	28	25	27

Datum								
4.9.- 5.9. 2007	19 ⁰⁰	21 ⁰⁰	23 ⁰⁰	24 ⁰⁰	2 ⁰⁰	4 ⁰⁰	5 ⁰⁰	6 ⁰⁰
Tlak krve (Torr)	130/70	120/60	130/70	125/60	130/70	125/70	130/60	135/70
Puls/ min	75	75	76	75	74	73	78	76
Saturace O₂	99%	99%	98%	99%	98%	99%	99%	98%
Tělesná teplota	37,3°C	37,1°C	37°C	37,1°C	37,1°C	37,2°C	37,3°C	37°C
CVP v cmH₂O	+8	+10	+9	+14	+10	+8	+10	+12

Datum								
5.9.- 6.9. 2007	19°°	21°°	23°°	24°°	2°°	4°°	5°°	6°°
Tlak krve (Torr)	130/70	120/60	130/70	125/60	130/70	125/70	130/60	135/70
Puls/ min	75	75	76	75	74	73	78	76
Saturace O₂	99%	99%	98%	99%	98%	99%	99%	98%
Tělesná teplota	36,9°C		37°C		37°C	37,1°C		36,9°C
CVP v cmH₂O	+8	+10	+9	+8	+10	+9	+9	+11

4.2. Laboratorní vyšetření

Datum							
2.9. 2007	9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	17 ⁰⁰	3.9.	6 ⁰⁰	12 ⁰⁰	18 ⁰⁰
Krevní obraz							
Leukocyty(4-10giga/l)	25,5	24,6	23,6		26,4		
Biochemické vyšetření							
Trigl (0,4-1,98) HDL(0,72- 2,69)							2,95 0,48
CRP (0,0-6,5)	57,2		29,5				28,5
Troponin(0,0-0,3) Myoglobin(7,2- 36,7) CK-MB mass(0,0-3,4)	0,931 181,6 6,2				1,35 11,3		
Kalium(3,8-4,2mmol/l)	3,5		2,6		3,6		3,5
Chloridy(95-108mmol/l)	94						
Glykémie(3,3-6,1mmol/l)	12,2	20,6	15,6		8,7		7,8
ALT,AST (0,10- 0,63) Kreatinin (53-106)	1,71, 1,73 129	154	4,89, 5,21 146				4,30, 1,29 117
Krevní srážlivost							
APTT(0,9-1,10)		2,04	1,56		1,33		
INR (0,8- 1,2)	1,19	5,99			1,5		
D-dimery(do 250ng/ml)	3290				943		
Acidobazická rovnováha		pH- 7,394 pCO2- 3,54 pO2- 12,12 HCO3- 15,9 BE- -7,3 O2 sat-97,1%			7,398 4,87 10,55 22 -2,5 96%		

Ostatní parametry v normě

Antikoagulační faktor D-dimer je zvýšen z důvodu vysoké srážlivosti krve- trombu

Kardiomarkery jsou zvýšené z důvodu přetížení pravé srdeční komory

Triglyceridy jsou zvýšené z důvodu nadměrného přísunu živočišných tuků, eventuálně genetického původu

ABR- hyperkapnie souvisí se změnami krevního průtoku plicními sklípky

Datum							
5.9. 2007	6 ⁰⁰		18 ⁰⁰	6.9.	6 ⁰⁰		18 ⁰⁰
Krevní obraz							
Leukocyty(4-10giga/l)	15,2				14,6		
Biochemické vyšetření							
Trigl (0,4-1,98) HDL(0,72- 2,69)							
CRP (0,0-6,5)	57,2		29,5		61,4		
Troponin(0,0-0,3) Myoglobin(7,2- 36,7) CK-MB mass(0,0-3,4)	0,931 181,6 6,2				1,35 4,40		
Kalium(3,8-4,2mmol/l)	3,1		3,4		3,6		4,1
Chloridy(95-108mmol/l)	95				92		
Glykémie(3,3-6,1mmol/l)	10,2		9,0		8,0		8,1
ALT,AST (0,10- 0,63) Kreatinin (53-106)	2,37				0,75		
Krevní srážlivost							
APTT(0,9-1,10)	v normě						
INR (0,8- 1,2)	v normě						
Fibrinogen (1,8- 3,5)	3,56						
D-dimery(do 250nq/ml)	760						
Antitrombin (80- 120%) Acidobazická rovnováha	71 7,313 6,43 11,66 23,9 -2,5 96%				7,414 5,46 11,57 25,6 1,0 97%		

Ostatní parametry v normě

4.3. Zobrazovací metody

2.9. 2007

RTG S+P: Normální nález

Echokardiografické vyšetření: dilatace pravostranných srdečních oddělení. Bez významné chlopenní vady a bez perikardiálního výpotku.

CT angio plic s aplikací kontrastní látky bez reakce: Masivní embolizace bilaterálně.

Pokročilá ateroskleróza oblouku aorty
s drobnými tromby na plátech.

8.9. 2007

Kontrolní CT angio plic: Zmenšení rozsahu plicní embolizace

Ateroskleróza hrudní aorty a koronárních tepen

5. Přehled terapie

2.9. 2007

Heparin 5000j. bolusově i.v. – antikoagulanc

Vedlejší účinky - krvácení, proto sestra sleduje projevy krvácení ze sliznic, barvu moči

Actilyse – 10mg bolusově i.v. , poté 90 mg v infuzi na 2 hodiny i.v. – Antitrombotikum, fibrinolytikum

Furosemid 20mg 2 ampule ve 20 ml i.v přes injekční dávkovač- diuretikum

Vedlejší účinky- hypokalémie, hyponatrémie, hyperglykémie- provokace diabetu, provokace dny- bolesti kloubů, ortostatická hypotenze

Noradrenalin 2 ampule ve 20ml i.v. přes injekční dávkovač- sympatomimetikum

Vedlejší účinky- palpitace, bolest hlavy, zvracení, tachykardie, arytmie

Inzulin HM R 40j. ve 20ml Gelofusinu i.v. přes injekční dávkovač - antidiabetikum, biosyntetický biologický inzulin

Vedlejší účinky- sledovat nemocného- znát příznaky hypoglykemického komatu- opocená, bledá kůže, motorický neklid s rychlým rozvojem bezvědomí.

Degan 1 ampule po 6 hodinách i.v.- antiemetikum

Vedlejší účinky- útlum, slabost, spavost

Infuzní terapie:

Fyziologický roztok 1000ml i.v. – krystaloidní roztok, izotonický

Gelofusin- volumoexpander, k doplnění chybějícího cirkulujícího objemu

Nutriční vak ALL IN ONE obsahující 500ml 40% Glukosy (energetický roztok), 20ml MgSO₄ 10% (stopový prvek), Nitramin VLI 500ml (roztok aminokyselin- Valin, Leucin, Isoleucin).

3.9. 2007

Helicid 40 mg i.v. á 12hod (antiulcerozum)

Ciphin 200mg ve 100ml FR po 12 hod- antibiotikum

Clexane 0,8 ml s.c. po 12hod- (antitrombotikum, antikoagulans)

KCl 7, 45 % v 50ml i.v.přes injekční dávkovač - (minerály)

Noradrenalin 2 ampule ve 20ml FR přes dávkovač, dle krevního tlaku

Furosemid 2 ampule ve 20 ml FR přes dávkovač, dle diurézy

Inzulin HM R 40j. ve 20ml Gelofusinu, dle aktuální glykémie

Sufenta Forte 1amp + 30mg Midazolam (opiát + relaxancium) ve 20 ml FR i.v. přes injekční dávkovač

Infuzní terapie:

Vak ALL IN ONE- stejné složení jako předchozí den

4.9. -5.9. 2007

Terapie stejná jako předchozí den.

Parenterální výživa pokračuje systémem ALL IN ONE.

5.9.-6.9. 2007

Terapie beze změn, rychlosti léků přes injekční dávkovače se postupně snižovaly, dle aktuálních parametrů.

Jednorázově podán Laxygall gtt. do NGS- laxancium

5.1. Dietoterapie a rehabilitace

2.9. 2007

Dieta: nic per os (NPO), výživa byla zajištěna parenterální cestou do centrálního žilního katétru systémem all in one.

Rehabilitace: bez rehabilitace

3.9.2007

Dieta: pacientka směla čaj po lžičkách, stále výživa zajišťována systémem all in one

Rehabilitace: aktivně cvičila drobné klouby

4.-6.9.2007

Dieta: zavedena nasogastrická sonda, která byla volně na samospád. Výživa stále zajišťována systémem all in one

Rehabilitace: pacientce byly pasivně procvičovány drobné klouby.

Zahajujeme nebulizační terapii pro usnadnění odkašlávání bronchiálního sekretu, do dýchacího okruhu se 2ml Mucosolvanu (mukolytikum) a 2ml aquy.

6. Stručný průběh hospitalizace

Pacientka byla přivezena na anesteziologicko resuscitační oddělení dne 2.9. 2008 pro zhoršující se dušnost a kolapsový stav. Při přijetí měla hypotenzi 100 / 60 , která byla zpočátku korigována náhradními roztoky, poté se muselo přejít na léčbu vasopresory, saturace bez kyslíku byla 89% , na kyslíku přes polomasku 5 l/min 98%. Pacientka do té doby soběstačná, žije s manželem, při zjišťování ošetřovatelské anamnézy velmi vstřícná i když dušností mírně limitovaná. Při přijetí byl pacientce zaveden centrální žilní katétr k měření centrálního žilního tlaku a aplikaci injekční terapie, permanentní močový katétr Nelaton č. 18 s měřením hodinové diurézy. Pro závěr z CT angio plic byla podána antitrombotická léčba. Vzhledem k invazivním přístupům jsem pacientce pomáhala s ranní i večerní hygienou, ale snažila se pomáhat, vše potřebné věci měla na pojízdném stolku, který měla u lůžka, aby měla věci nadosah. Po dvou dnech ošetřování, při předávání noční směně, se pacientky stav náhle zhoršil, byla dušná s poklesem saturace až na 70% s kyslíkem s následnou bradykardií, proto zaintubována, napojena na řízenou ventilaci a zavedena nasogastrická sonda. Další den se pacientka budí, reaguje na algický podnět a snaží se otevřít oči. Pravidelně každé odpoledne jí chodí navštěvovat manžel s dcerou a snaží se s ní komunikovat. Za dobu kterou jsem paní S.P. ošetřovala, i když byla zcela závislá na ošetřovatelském personálu dělala pokroky, byla velmi trpělivá, což mělo určitě pozitivní vliv na její zdravotní stav.

3. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu

3.1.1 Biologické potřeby

1.1.1 Dýchání

Před hospitalizací neměla pacientka žádné dechové obtíže, pouze 2dny před odvozem do nemocnice pociťovala klidovou dušnost. Při přijetí spontánně dýchala přes kyslíkovou polomasku 5l/min, měla tachypnoi 27 dechů/min, byla opocená.

1.1.2 Výživa, hydratace

V domácím prostředí pacientka nedodržovala žádné dietní omezení, jedla všechno, alergie na potraviny neguje.

Nepřijímá nic per os, je zahájena parenterální výživa do centrálního žilního katétru.

Trvalý chrup, jazyk suchý, bez povlaků. Známky dehydratace nejsou patrné, pacientka mírně obézní.

1.1.3 Vylučování

Vyprazdňování střeva

Problémy s vyprazdňováním stolice měla už před hospitalizací, vyprazdňovala se nepravidelně, ale žádná tarmaky nepoužívala.

Stolici měla pacientka naposledy 1.9. 2007. Střevní peristaltika slyšitelná, břicho měkké.

Močení

Problémy s močením neměla,, množství neodhadne ale přiznává se k malému množství příjmu tekutin ,zhruba 500ml/ 24hodin.

Pacientce jsem na oddělení zavedla permanentní močový katétr Nelaton č. 18 s balónkem s 5ml aquy, který odvádí čirou moč v dostatečném množství, měřenou každou hodinu.

1.1.4 Spánek, odpočinek

Se spánkem problémy nemá, dobře usíná a v noci se neprobouzí, pouze ráno vstává brzy.

1.1.5 Bolest, nepohodlí

Z důvodu virového onemocnění před hospitalizací měla mírné bolesti na hrudi zřejmě způsobené kašlem, 2dny před hospitalizací udává jiný charakter bolesti. Momentálně si stěžuje si na mírnou bolest na hrudi.

Doma měla příjemnou pokojovou teplotu, v noci spala pod slabou dekou. V nemocnici pociťovala zpočátku horko, po chvíli chlad, což jsme vyřešily dvojitou přikrývkou.

1.1.6 Pohybová aktivita

Problémy s chůzí ani pohyblivostí nikdy neměla, kompenzační pomůcky nepoužívá. Nikdy aktivně nesportovala, pasivní sport jí je mnohem bližší.

1.1.7 Sexualita

Otázky nekladeny

3.1.2. Psychosociální potřeby

1.2.1 Bezpečí a jistota

nezjištěno

1.2.2 Soběstačnost

Do hospitalizace byla pacientka úplně soběstačná, starala se o manžela a psa. Nyní je soběstačná částečně, vyžaduje minimální péči ošetrovatelského personálu.

1.2.3 Sounáležitost, láska

Paní S.P. má harmonický vztah a se svými dcerami hodnotí velmi kladně, což dokladuje obava rodiny, která za ní přijela ihned po převozu a byli schopni vyčkávat hodiny, aby se dozvěděli vše co souvisí se zdravotním stavem a jakým způsobem by se mohli do péče zapojit.

1.2.4 Sebepojetí

Pacientka se jeví jako extrovert, je komunikativní.

1.2.5 Sociální jistoty

Je ve starobním důchodu, bydlí s manželem v panelovém domě.

2. Ošetrovateľské diagnózy

2.9. 2007

1. Strach z komplikácií vzhľadom k vážnému zdravotnému stavu
2. Riziko vzniku infekcie vo vzťahu k invazívnym vstupom (PŽK, CŽK, PMK)
3. Zmena močenia z dôvodu permanentného močového katétru
4. Nevoľnosť, zvracanie z dôvodu hypovolémie

3.9. 2007

5. Porucha termoregulácie z dôvodu základného ochorenia

4.-5.9. 2007

6. Porucha verbálnej komunikácie z dôvodu orotracheálnej intubácie
7. Imobilizačný syndróm z dôvodu upútania na lôžko
8. Nebezpečie vzniku dekubitů na sliznici dutiny ústnej v dôsledku orotracheálnej intubácie
9. Poruchy polykání vzhľadom k orotracheálnej intubácii
10. Porucha vyprazdňovania stolice z dôvodu nedostatočnej aktivity

2.1. Plán, realizace a hodnocení

1. Strach v důsledku ohrožení zdravotního stavu

Cíl:

Pacientka si uvědomuje příčiny , reálně hodnotí danou situaci a zvládá techniky strachu.

Ošetrovatelský plán: - mluvit na pacienta pomalu, jasně, zřetelně, být trpělivá

- informovat pacientku o léčebném postupu
- umožnit popsat pocity
- sledovat vitální funkce (tlak krve, puls, dech)
- zjistit pacientovi reakce na strach

Realizace:

2..9.2007

Pacientka měla strach ze svého zdravotního stavu, při zhoršení stavu měla obavy zda bude moci po extubaci znovu komunikovat, což se u ní projevovalo zrychleným dýcháním (tachypnoe) a zvýšeným pulsem (tachykardií). I přestože byla stále pod vlivem hypnotických léků, snažila jsem se jí vše srozumitelně a trpělivě vysvětlit, abychom předešli dalším možným projevům.

Hodnocení:

2.- 6.9.2007

Cíl byl splněn částečně.

Pacientka měla zpočátku obavy ohledně svého zdravotního stavu, ale protože byla velmi trpělivá a nechala si vše ochotně vysvětlit, se zlepšujícím se zdravotním stavem se projevy strachu téměř nevyskytovaly. Pacientka pochopila svůj zdravotní stav a byla schopna zhodnotit svojí situaci.

2. Riziko vzniku infekce ve vztahu k invazivním vstupům / centrální žilní katétr,
periferní žilní katétr, permanentní močový katétr)

Cíl: Pacientka bude bez projevů infekce do konce hospitalizace

Ošetrovatelský plán: - převazovat místo vstupu CŽK každý den

po ranní hygieně a dle potřeby

- převazovat místo vstupu PŽK každý den

po ranní hygieně a dle potřeby

- kontrola moči pohledem, vyšetřením pH

a chemicky k prevenci rizika vzniku

urogenitální infekce

- monitorovat fyziologické funkce během

hospitalizace

Realizace: 2.9.- 6.9. 2007

Pravidelné ošetřování invazivních vstupů po ranní toaletě pomocí dezinfekce Cuttasept spray a sterilního krytí. Kontrolovala jsem místo vpichu u PŽK. Každých 24hodin byla prováděna výměna setů, u centrálního vstupu byla výměna bakteriálního setu vždy po 72hodinách, s tím, že sety u infuzních přípravku každých 24hodin.

Během dne jsem posuzovala stav moči pohledem a její pH

vzhledem k zavedení PMK. Pravidelně každý 3.den byla kontrolována mikroflóra pomocí bakteriologického vyšetření, která byla po dobu mého ošetřování bez přítomnosti bakterií.

Kontinuálně docházelo ke sledování množství moče zapisované každou hodinu, včetně vitálních funkcí (TK, P, TT)

Hodnocení: Místa invazivních vstupů jsou bez známek zánětu, ale vzhledem k počínajícím subfebrilním nelze vyloučit jiné riziko vzniku infekce.

3. Změna močení z důvodu zavedení permanentního močového katétru

Cíl: Dosažení fyziologického způsobu vyprazdňování a zabránění vzniku infekce

Ošetrovatelský plán: - sledovat příjem a výdej tekutin, barvu, zkalení moče

- kontrola průchodnosti močového katétru
- dbát na hygienu genitálií
- všímat si známk močové infekce
- pacientku poučit o chorobných projevech

Realizace: 2.9.- 6.9. 2007

Příjem a výdej tekutin byl v pravidelných intervalech zapisován, zároveň se sledováním barvy moče. Protože pacientka byla při vědomí, bylo jí vysvětleno že zavedený permanentní močový katétr má z důvodu sledování výdeje moče a že až se vyndá, bude močit normálně, důležitost pravidelné hygieny genitálií z důvodu předcházení infekce a posléze i důležitý pitný režim. Pravidelně bylo prováděno mikrobiologické vyšetření, odběrem z uzavřeného systému přes bakteriální filtr po důkladné dezinfekci, jehož výsledek byl po dobu mého ošetřování negativní.

Hodnocení:

Cíl splněn nebyl, protože po dobu, kterou jsem pacientku ošetřovala měla zavedený permanentní močový katétr, nezačalo se s nácvikem fyziologického vyprazdňování a nedosáhla jsem fyziologického vyprazdňování.

4. Nevolnost, zvracení z důvodu hypovolémie

Cíl: Pacientka nebude zvracet

Ošetrovatelské plány: - sledovat počet zvracení, množství a obsah

- zajistit pomůcky (buničina, emitní miska)
- zajistit vhodnou polohu a zabránit aspirace
- dle ordinace podávat antiemetika a sledovat jejich účinek
- sledovat příjem tekutin a nemocného hydratovat

Realizace: 2.9.-6.9. 2007

Jednalo se o přechodný stav do té doby než byly pacientce dohrazeny tekutiny, množství bylo malé, přesto časté, dbala jsem zejména na polohu, z důvodu zabránění aspirace, která byla vzhledem k dušnosti výhodnější v sedě, pacientka měla při ruce emitní misku s buničinou a vlhkou žínkou na otření. O četnosti, množství a charakteru jsem informovala lékaře, který naordinoval antiemetika. Po zavedení nasogastrické sondy, u níž jsem pravidelně prováděla přelepování, prevenci dekubitů pomocí vkládání molitanové vložky a kontrolu charakteru, množství žaludečního obsahu a pH, které bylo 5.

Hodnocení: 2.-6.9.2007

2.9. byl cíl splněn, po naordinování antiemetik přestala mít pacientka nauzeu a nezvracela.

4.-6.9. byl cíl splněn částečně, pacientka měla vzhledem ke zhoršení stavu zavedenou nasogastrickou sondu, kterou měla na samospád, kdy odpad činil za 24hod/ 200ml.

5. Porucha termoregulace z důvodu základního onemocnění

Cíl: Pacientka má tělesnou teplotu ve fyziologických hodnotách

Ošetrovatelské plány: - monitorace fyziologických funkcí (TT,P)

- sledovat barvu kůže, stav vědomí
- měřit příjem a výdej tekutin
- snižovat tělesnou teplotu gelovým ledem
hrudník a třísla
- dodržovat zásady asepsy před a po jakékoliv manipulaci u nemocné

Realizace: 3.-6.9. 2007

Pravidelně jsem sledovala fyziologické funkce, při vzestupu tělesné teploty jsem aplikovala gelový led na hrudník a třísla, který snášela bez jakékoliv reakce na kůži a dle ordinace lékaře v pravidelných intervalech podávala antibiotika Ciphin 200mg i.v po 12hod i.v. Po 6hod jsem sledovala příjem a výdej tekutin a každé 3 dny bylo prováděno mikrobiologické vyšetření moče i sputa, které bylo po dobu mého ošetřování negativní. Pacientka byla somnolentní, na oslovení reaguje, barva kůže růžová.

Hodnocení:

3.9. 2007

Cíl splněn nebyl, aplikace fyzikálního chlazení byla bez efektu.

4.- 5.9. 2007

Cíl splněn nebyl, aplikace fyzikálního chlazení bez efektu, vzhledem k 1.dnu aplikace antibiotik účinek zatím žádný.

6.9.2007

Cíl byl splněn, pacienta byla subfebrilní s možností nástupu účinku antibiotik.

6.. Porucha verbální komunikace z důvodu orotracheální intubace

Cíl: pacientka chápe podané informace

Ošetrovatelský plán- vysvětlit proč nemůže hovořit

- mluvit pomalu, zřetelně s pohledem na pacienta
- povzbuzovat pacientku, aby artikulovala pomalu
- trpělivost ze strany ošetřujícího personálu

Realizace: 4.- 6.9. 2007

Pacientku jsem ke komunikaci nabádala, dorozumívaly jsme se pomocí předtištěné abecedy a papíru s tužkou, na který mi pacientka psala své potřeby. I z mé strany musela být určitá dávka trpělivosti, protože vzhledem ke stavu nemocné nebylo písmo pokaždé čitelné. Vysvětlila jsem jí, že po extubaci bude komunikovat jako před tím.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, pacientka pochopila důvody poruchy komunikace, byla trpělivá a pomocí těchto způsobů nedocházelo k frustraci potřeb pacientky.

7. Imobilizační syndrom z důvodu upoutání na lůžko

Cíl: pacientka nebude mít projevy imobilizačního syndromu

Ošetrovatelský plán:

Pohybový systém: - zachovat pohyblivost kloubů a tím zabránit zkrácení šlach a vzniku kontraktur

- snaha o udržení svalové síly a tím předcházet svalové atrofii

Realizace:

K pacientce pravidelně každý den docházel fyzioterapeut, který s ní cvičil aktivně, po zaintubování se přešlo na cvičení pasivní.

Při plném vědomí pacientky jsem jí během dne vybízela k aktivnímu cvičení k zachování rozsahu pohybu kloubů a zabránění svalové atrofie, což znamená vykonávat cvičení do polohy, kdy vzniká odpor nikoliv bolest.

Kardiovaskulární systém: - předcházení insuficience žilních chlopní (nebude mít otoky, bolesti v lýtku) a zároveň prevence tromboembolické nemoci

Realizace:

Pacientka byla poučena o vlivu dlouhodobé mobility na kardiovaskulární systém, a to o změně tlaku při změně poloh z lehu do sedu a o sníženém průtoku krve dolními končetinami, možností koagulace krve a tím možnost vzniku tromboembolické nemoci.

Pacientka byla velmi svědomitá, proto cvičila na lůžku i mimo rehabilitaci: krouživé pohyby v kotnících, flexe a extenze plosek, natahování a krčení prstů dolních končetin.

K nahrazení činnosti lýtkového svalu, tj. zvýšení rychlosti krevního proudu jsme podporovaly elastickými bandážemi od konečků prstů až po třísla.

Respirační systém: - má přiměřenou, dostatečnou plicní ventilaci
- přiměřeně odkašlává, má průchodné dýchací cesty

Realizace:

Abychom zlepšily výměnu plynů, kterou výrazně ovlivňuje poloha v leže tím, že břišní orgány vytlačují bránici vzhůru a vzhledem k pacientčině dušnosti jsme volily polohu v sedě, čímž jsme zároveň podpořily usnadnění vykašlávání bronchiálního sekretu v kombinaci s inhalacemi, které byly podávány 5krát denně Mucosolvan s Aquou přes polomasku.

Při inkubaci byla inhalace aplikována po 3hodinách, včetně pravidelného odsávání bronchiálního sekretu přes uzavřený odsávací systém, jednak jako prevence pneumonie a plicní atelaktázy, tak i ochrana zdravotnické ho personálu před nozokomiální infekcí.

Metabolický a výživový systém: - pacientka si udržuje normální hmotnost
- má normální hladinu proteinů v séru
- přiměřený kožní turgor
- má vyvážený příjem a výdej tekutin
- bude se pravidelně vyprazdňovat

Realizace:

Pacientka byla pravidelně každé ráno v rámci toalety vážena, zapisovala jsem bilanci tekutin a otoky. Neměla pocit žízně ani hladu, jazyk nejevil známky dehydratace, pouze vysychalo v ústech z důvodu kyslíkové polomasky, což jsme řešily vytíráním úst štětičkou namočenou v borax glycerinu.

Problémy s vyprazdňováním stolice měla pacientka již dříve, a snížená činnost peristaltiky byla zároveň podpořena farmakoterapií, proto jsme museli přistoupit k podání laxancií, což bylo s efektem.

Kožní systém: - není porušen kožní ani slizniční kryt, kůže je dostatečně hydratovaná
- kůže nejeví známky nadměrného působení tlaku, jakými je zčervenání
bledost, bolestivost, zvýšená citlivost

Realizace:

Vždy při ranní či večerní hygieně byla kontrolována celistvost kůže a promazávána mentolovou emulzí k podpoře cévní cirkulace včetně poklepové masáže. Dbala jsem aby lůžko bylo vždy čisté, vypnuté, aby pacientka neležela ve vlhku, čímž bychom podpořily poruchu kožní celistvosti a vznik kožních defektů.

Močový systém: - moč bude mít normální barvu, zápach, specifickou hmotnost
- výdej moče bude v rovnováze s příjmem tekutin

Realizace:

V poloze na zádech dochází k nekompletnímu vyprazdňování ledvinné pánvičky a močového měchýře, tím dochází k retenci moče a vzniku infekce, čímž jsem se snažila předcházet polohou v polosedě, což vyhovovalo i pacientce vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Pravidelně bylo prováděno mikrobiologické vyšetření moče, které bylo po dobu mého ošetřování negativní. Sledovala jsem množství, barvu, zápach, specifickou hmotnost, která se pohybovala od 1010- 1018.

Psychosociální reakce: - pacientka může strach verbalizovat
- prožívá menší napětí, nemá obavy
- nemá somatické projevy strachu (tachykardie, tachypnoe)

Realizace:

Pacientka měla strach o svůj zdravotní stav, ale vzhledem k závažnosti onemocnění nelze objektivně hodnotit, proto jsem se snažila mluvit pomalu, klidně, jednoduchými větami s očním kontaktem podstatu každého ošetrovatelského výkonu. občas jsem se snažila zavést řeč na jiné téma z důvodu odpoutání pozornosti, a myslím, že tento postup určitě postupně pozitivně ovlivnil zvládání strachu.

8. Nebezpečí vzniku dekubitů na sliznici dutiny ústní v důsledku orotracheální intubace

Cíl: Sliznice je bez patologických projevů.

Plán ošetrovatelské péče: - během intubace čistit dutinu ústní
tampónem namočeným v Borax-
glycerinu, nebo naředěným Stopanginem
v pravidelných tříhodinových intervalech
- střídat postavení orotracheální rourky

Realizace: 4.- 6.9. 2007

Pacientce jsem při ranní toaletě změnila polohu orotracheální rourky a pravidelně jsem po 3hodinách vytírala dutinu ústní tampónem namočeným v naředěném Stopanginu, s otíráním rtů a dle potřeby odsávala z dutiny ústní sliny.

Hodnocení:

4.-6.9. 2007

Cíl byl splněn, jazyk je bez povlaku, povrch rtů je celistvý, ale není schopna sama, z důvodu orotracheální intubace, provádět hygienu dutiny ústní.

9. Poruchy polykání vzhledem k orotracheální intubaci

Cíl:

Dosáhnout co největší tolerance orotracheální intubace.

Ošetrovatelský plán: - snaha o co nejšetrnější manipulaci s orotracheální rourkou

Realizace: 5.-6.9. 2007

Každé ráno o toalety se měnila poloha orotracheální intubace vzhledem k prevenci dekubitů a přelepovala čistou náplastí. Při každé manipulaci jsem se snažila o co nejšetrnější manipulaci a minimálně odsávat z dýchacích cest bronchiální sekret, abych nevyvolávala u pacientky dráždivý kašel, ale to vše s ohledem na množství sputa a udržení průchodnosti orotracheální rourky, což bylo jednou za 3 hodiny přes uzavřený odsávací systém. Pacientka tolerovala i bez nutnosti sedace, po předchozím verbálním sdělením.

Hodnocení:

5.-6.9. 2007

I přestože měla pacientka nepříjemný pocit, tolerance byla možná jen za mírné kontinuální sedace nikoli zvlášť před každou manipulací.

10. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu nedostatečné aktivity

Cíl:

Pacientka nebude pociťovat plnost břicha a bude se pravidelně vyprazdňovat a stolice bude formovaná.

Plán ošetrovatelské péče:- iniciovat pacientku k aktivitě na lůžku

- při defekaci zajistit soukromí
- po vyprázdnění zajistit dostatečnou hygienu

Realizace:

6.9.2007

Pacientka měla problémy s vyprazdňováním už v domácím prostředí, stěžovala si na plnost břicha a jelikož od začátku hospitalizace na stolicí nebyla, přistoupili jsme k podání Laxygalu 20gtt p.o.(laxancium). Pacientce jsem zajistila soukromí pomocí plenty a po defekaci jí bylo podáno umyvadlo s vodou včetně mýdla k hygieně rukou, omytí anu jsem zajistila pomocí mycí pěny a perlanu.

Hodnocení:

6.9.2007

Cíl byl splněn.

Pacientka se vyprázdnila za 7hod od podání Laxygalu na mísu, po předchozím zajištění soukromí pomocí plenty a zvýšení polohy v polosedě. Hygienu rukou jsem zajistila pomocí umyvadla s mýdlem.

4. Edukace

Pacientka byla poučena zejména lékařem o změně životního stylu, hlavně ohledně úpravy stravy, která by měla být netučná, žádná smažená, pečená jídla, ale spíše dušená a libová, dbát na přísun zeleniny, ovoce. To vše s přiměřenou dávkou pohybu, přizpůsobenou zdatnosti jedince, míněno zejména procházky, jízda na ortopedu, plavání, aby se předcházelo dalšímu kornatění tepen.

Příbuzní byli edukováni během prvního hospitalizačního dne, kdy jim lékařem byla vysvětlena podstata a závažnost onemocnění. Byli seznámeni s nemocničním řádem návštěv na našem oddělení, nutnost oblékání ochranných pomůcek během návštěv z důvodu nozokomiální nákazy, aby nenosily zatím žádné hygienické pomůcky ani potraviny. Po zhoršení stavu pacientky, kdy byla napojena na umělou plicní ventilaci, jim byla vysvětlena důležitost komunikace i přestože byla pacientka tlumená farmaky, aby na ní mluvily, sdělovali jí nové informace, psychicky podporovaly, snažily se jí povzbuzovat a dodávat sílu k uzdravení. Rodina za pacientkou chodila pravidelně každý den a stejně jako ona sama byli trpěliví a snažily se s ošetřujícím personálem maximálně spolupracovat.

Pacientka byla edukovaná od přijetí na oddělení každého z výkonů souvisejících s diagnostickými a léčebnými metodami, ať už se jednalo o psychickou přípravu před rentgenologickými metodami, zavedení močového katétru, centrálního žilního katétru, že se jedná o výkony nepříjemné a zavedení bude mít pouze po dobu hospitalizace a důvod.

Závěr a prognóza:

S paní S.P. jsem během hospitalizace navázala dobrý kontakt. Pacientka měla maximální snahu ve všem aktivně pomáhat a spolupracovat, tak jak jí umožňoval její zdravotní stav. Působila jako velmi adaptabilní člověk, veškeré informace přijímala s rozvahou, s porozuměním a z mého hlediska se nad svým aktuálním stavem a životním stylem velmi zamýšlela, protože si je vědoma, jak „tenký led“, pod sebou má z hlediska prognózy, která pozitivní moc není.

Pacientka byla po 5 dnech extubována a za dalších 10 dní byla z našeho oddělení přeložena jednotku intenzivní péče interního oddělení v údajně dobrém psychickém stavu.

Studium na této univerzitě mi přineslo rozšíření znalostí možnosti měřících technik v oblasti :

- výživového stavu
- hodnocení podle Nortonové
- nutriční skoré
- hodnocení stavu vědomí

ale na bývalém pracovišti jsme bohužel žádnou z těchto metod nepoužívaly.

4. Použitá literatura

1. Ševčík, P., Černý, V., Vítovec, J. Intenzivní medicína. Praha: Galén, 2000, ISBN 80-7262-042-8
2. Červinková, E. a kolektiv. Ošetrovatelské diagnózy. 2. vydání, NCO NZO Brno, 2004, ISBN 80- 5468- 065- 7
3. Widimský, J., Malý, Jaroslav. a kolektiv, Akutní plicní embolie a žilní trombóza. 2. vydání, Triton Praha, 2005, ISBN 80- 7254- 639-2
4. Trachtová, E. a kolektiv. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vydání, NCO NZO Brno, 2004, ISBN 80- 7013- 324- 4
5. Dítě, P. et al. Vnitřní lékařství. 2.vydání, Karolinum, 2007, ISBN 97-8807-262-4

Zdroje:

1. Dokumentace
2. Pacient
3. Rodina
4. Noční směna

**Univerzita Karlova v Praze
1.lékařská fakulta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2008

Michaela Koubová

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství**

**Kombinované bakalářské studium
obor ošetřovatelství**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
Ošetřovatelská kazuistika pacientky s oboustrannou plicní
embolií**

**Nursing care by the patient with bilatery pulmonary
emboly**

2007/ 2008

Michaela Koubová

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

19.3. 2008

.....

Obsah:

Úvod.....	1
Klinická část.....	2
Charakteristika onemocnění.....	2
1.1. Etiologie.....	3
1.2. Stadia a projevy plicní embolie.....	3
1.3. Klinický obraz.....	3
1.4. Laboratorní metody.....	4
1.5. Diferenciální diagnostika.....	5
1.6. Prognóza.....	6
1.7. Terapie plicní embolie.....	7
2. Základní údaje o nemocném.....	8
3. Lékařské anamnézy a diagnózy.....	9
4. Diagnosticko- terapeutická péče.....	10
4.1. Přehled hodnot sledovaných vitálních funkcí.....	10
4.2. Laboratorní vyšetření.....	12
4.3. Zobrazovací metody.....	14
5. Přehled terapie.....	15
5.1. Dietoterapie a rehabilitace.....	17
6. Stručný průběh hospitalizace.....	18
3. Ošetrovatelská část.....	19
3.1. Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení současného zdravotního stavu.....	19
3.2. Biologické potřeby.....	19
3.3. Psychosociální potřeby.....	21
2. Ošetrovatelské diagnózy.....	22
2.1. Plán ,realizace, hodnocení.....	23
Edukace.....	35
Závěr a prognóza.....	36
Literatura.....	37

